

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA****SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA****NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Data/hora de geração deste espelho: 04/01/24 16:34:05

Número da Nota

000000062076

Cód. de Verificação

9162-MNQ4

Data de Emissão

04/01/2024

Data de Cancelamento

--

PRESTADOR DE SERVIÇOSNome/Razão Social: **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA**CNPJ/CPF: **04.762.301/0001-03**Inscrição Municipal (CMC): **1444441**Endereço: **RUA PAES LEME, 1351****VILA IPIRANGA CEP 86010610**Município: **LONDRINA**UF: **Paraná****TOMADOR DE SERVIÇOS**Nome/Razão Social: **INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE**CNPJ/CPF: **15.116.763/0004-12**Endereço: **ALAMEDA JULIA DA COSTA, 1447****BIGORRILHO CEP 80730070**Município: **CURITIBA**UF: **Paraná****DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS**

REF. SERVICOS HOSPITALARES - 1 - R\$ 195,32\

\

Lote: 75179698\

\

Valor aproximado do tributo: Nac.: R\$ 7,13, Est.: R\$ 0,00, Mun.: R\$ 5,86. Total: R\$ 12,99. Fonte IBPTax\

Programa de Iss Tecnológico/Certificado e Habilitação nº 95711/2016.Dispensa a Retenção do ISS conforme §2 artigo 7º do Decreto nº 411/11\

Retenção ISS: **R\$ 0,00**Retenção PIS: **R\$ 0,00**Retenção COFINS: **R\$ 0,00**Retenção IR: **R\$ 0,00**Retenção CSLL: **R\$ 0,00**Retenção INSS: **R\$ 0,00****VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 195,32**

Código e Descrição do Serviço

4032 - HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBUL...

Deduções de base de cálculo (R\$)

-

Base de Cálculo ISS (R\$)

195,32

Alíquota (%)

3,00

Valor do ISS (R\$)

5,86

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Valor líquido: R\$ 195,32. Competência: 04/01/2024

- Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 786, de 04/07/2012. Consulta de autenticidade: <http://iss.londrina.pr.gov.br>

- ISS devido deve ser recolhido pelo Prestador por meio de guia gerada via DMS.

Convênio : INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Contas do lote : 75179698 - INSTITUICAO ADVENTISTA 2023 DEZEMBR PS - 01/12/23 A 20/11/23 Data : 28/12/2023

Conta para o crédito : SANTANDER Agencia : 4294 Conta : 13001522-3

Previsão do crédito : 28/12/2023

Conta	Data	Guia	Matrícula	Paciente	Médico	Total	Total Cred.
0902112-23	30/11/2023 09:22	13877.003	4287371	JOAO PEDRO DE OLIVEIRA	PAULO EMILIO PR	195,32	0,00

Total de registros: 1

195,32 0,00

Total lote com desconto: 195,32

Total lote sem desconto: 195,32


HOSPITAL DO
CORACÃO DE LONDRINA

Conta.....: 0902112-23

Atendimento: 0909300-23 (EXTERNO)

Usuário...: ADRIELY.SOUZA

Paciente...: JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

Matricula...: 4287371

Data Emissão.: 28/12/2023

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 13877.003

Liberacao...: 13877.003

Início do Tratamento.: 30/11/2023 as 09:22

Alta.: 30/11/2023 as 11:05

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: S62.0 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 43606 PAULO EMILIO PRESCENDO

Carater da internação :

-----*SERVIÇOS PROFISSIONAIS NÃO CREDENCIADO*-----

Proced.	Descrição	Matricula	CRM	C.P.F.	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Vl Total
10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	43606	06084730906		PAULO EMILIO PRESCENDO	Clini	100	1	106,84
Sub-total...:									106,84
Total Serviços Profissionais....:									106,84

-----*SERVIÇOS DE DIAGNOSE/TERAPIA NÃO CRED.*-----

Proced.	Descrição	Matricula	Nome do Médico	Part.	Perc.	Qtde	Filme	Honorario	Vl Total
40803104	ANTEBRACO		LAB IMAGEM - SERVICOS DE RADIOD	Exame	100	1,00	3,12	39,90	43,02
Sub-total...:									43,02
Total Serviços Diagnose e Terapia....:									43,02

-----*----- DIARIAS E TAXAS HOSPITALARES -----*

Codigo	Descrição	Faturado para	Tipo	Qtde	Vl Unit.	Vl Total
Setor: UNIDADE DE DOR TORACICA						
60033720	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO	04.762.301/0001-03	DIAR	1,00	45,46424	45,46
Total UNIDADE DE DOR TORACICA:						45,46
Total Diarias e Taxas Hospitalares....:						45,46

-----*----- MATERIAIS / MEDICAMENTOS -----*

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl Unit.	Vl Total
Total Materiais/Medicamentos....:						0,00

-----*----- MATERIAIS / MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO -----*

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl Unit.	Vl Total
Total Materiais/Medicamentos....:						0,00

-----*----- USO RESTRITO HOSPITALAR -----*

Codigo	Qtde	Unid.	Descrição	Laboratorio	Vl Unit.	Vl Total
Total Materiais/Medicamentos....:						0,00

-----*

Total Diarias Taxas Hospitalares:						45,46
Total Hospital:						45,46
Serviços de Diagnose e Terapia/Honorários Medicos Nao Credenciados :						149,86
Total Honorarios Medicos:						149,86

-----*

HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA

CNPJ:04.762.301/0001-03 28/12/2023 14:14

RUA PAES LEME, 1351

BATRO:VILA IPIRANGA FONE:(43)3315 -2000

CEP:86010-610 MUNICIPIO:LONDRINA UF:PR

Conta.....: 0902112-23

Atendimento: 0909300-23 (EXTERNO)

Usuário...: ADRIELY.SOUZA

Paciente...: JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

Matricula...: 4287371

Data Emissão.: 28/12/2023

Convenio...: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE

Guia...: 13877.003

Liberacao.: 13877.003

Início do Tratamento.: 30/11/2023 as 09:22

Alta.: 30/11/2023 as 11:05

Motivo.: 12 MELHORADO

CID Princ...: S62.0 FRATURA DO OSSO NAVICULAR [ESCAFOIDE] DA MAO

Localização:

Acomodacao.: /

Medico.....: 43606 PAULO EMILIO PRESCENDO

Carater da internação :

Total Geral Hospital:

195,32

Total Geral:

195,32

JULIA DA COSTA
CURTIBA - PR
CEP 80730070
Fone: (41)32402-900

ANEXO DE OUTRAS DESPESAS
(para Guia de SP/SADT e Resumo de Internação)

Atend. 0909300-23
Pág.: 1 de 1

Dados do Contratado Executante

3 - Código na Operadora
04.762.301/0001-03

4 - Nome do Contratado
HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA

5 - Código CNES
2758083

1 - Registro ANS
2 - Número Guia Referenciada
13877.003

Despesas Realizadas CD = 1-Cases Medicinais 2-Medicamento 3-Materiais 4-Taxas Diversas 5-Diárias 6-Aluguéis

6 - CD	7 - Data	8 - Hora inicial	9 - Hora final	10 - Tabela	11 - Código do Item	12 - Qtd.	13 - Un de Medida	14 - Fator Red./Acrésc.	15 - Valor unitário (R\$)	16 - Valor Total (R\$)	
17 - Registro ANVISA do Material					18 - Referência do material no fabricante			19 - Nº Autorização de Funcionamento			
1- 4	30/11/2023				18	60033720		1,00	036	0,00	45,46
2-	20 - Descrição	TAXA DE SALA DE OBSERVACAO									
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
21 - Total de Cases Medicinais R\$		0,00		22 - Total de Medicamentos R\$		0,00		23 - Total de Materiais R\$		0,00	
				24 - Total de OPME R\$		0,00		25 - Total de Taxas e Aluguéis R\$		45,46	
								26 - Total de Diárias R\$		0,00	
										27 - Total Geral R\$	
										45,46	

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

JULIA DA COSTA
CURTIBA - PR
CEP 80730070
Fone: (41)32402-900

2 - Nº Guia no prestador
Conta. 0902112-23
Atend. 0000000-00
Pág.: 1 de 1

Dados do Beneficiário

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal 13877.003	4 - Data da Autorização 30/11/2023	5 - Senha 13877.003	6 - Data de validade da Senha 15/12/2023	7 - Número da Guia Arbitrado pela Operadora 00000000000000000000
8 - Número da Carteira 4287371	9 - Validade da carteira	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RAI N		

10 - Nome
JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03	14 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante
PAULO EMILIO PRESCENDO

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento UI	22 - Data da Solicitação 30/11/2023 09:22:13	23 - Indicação Clínica PO OSTEOSSÍNTESE DE ANTEBRACO DIREITO	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 43606	18 - UF PR	19 - Código CBO S 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	90 - Indicador de Cobertura Especial
-----------------------------------	---	---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------------------	---	--------------------------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 22 40803104 ANTEBRACO	27 - Qtdc. Solic. 28 - Qtdc. Aut. 1 1 1 1
---	---

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03	30 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA	31 - Código CHES 2758083
--	---	-----------------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento UI	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 12I	34 - Tipo de Consulta 1	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento 12I	91 - Regime de atendimento	92 - Saúde Ocupacional
--------------------------------	--	----------------------------	---	----------------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtdc. 43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red/Atétec 46 - Valor unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)	30/11/2023 09:22 11:05 22 10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO 1 1 C 1,00 106,84	30/11/2023 10:24 11:05 22 40803104 ANTEBRACO 1 1 C 1,00 43,02
---	---	---

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq./Ref 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora/Cpf 51 - Nome do Profissional 52 - Conselho Profissional 53 - Número do Conselho 54 - UF 55 - Código CBO	3 12 06084730906 PAULO EMILIO PRESCENDO CRM 43606 PR
---	--

56 - Data de Realização de Procedimento em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
--------------------------------	--

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$) 60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total de Materiais (R\$) 62 - Total de OPME (R\$) 63 - Total de Medicamentos (R\$) 64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)	____ 0,00 0,00 ____ 0,00 0,00 0,00 0,00	66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado	____ 149,86
---	---	--	-------------

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

Aluno: João Pedro de Oliveira Moraes
Nº da Carteirinha: 4.28.7371
Instituição: Colégio Adventista de Londrina



Data de Nascimento: 02/02/2010

Nº da Guia: 13877.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
30/11/2023	09:38:29	Quadra	Intervalo (Ex.: recreio)

O que aconteceu

Trauma (Ex.: bola bateu no rosto, aluno jogou objeto no outro)

Partes do corpo

Antebraço Direito

Descrição

o Aluno estava jogando vôlei e caiu em cima do braço.

Testemunha da ocorrência

Leonardo Bruder Lima

Telefone

(61) 98105-7677

Quem prestou primeiros socorros

Leonardo Bruder Lima

Data

09/10/2023

Local de atendimento

HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA LTDA

Endereço

Rua Adhemar Pereira de Barros

Nº

119
9

Bairro

Bela Sulça

Telefone

(43) 3315-2020

Motivo do Retorno

Aluno encaminhado novamente para avaliação médica.

Ass.:

Lillian da Silva Ferraz Barbo

HOSPITAL DO
CORAÇÃO DE LONDRINA

Para faturamento favor encaminhar esta guia de autorização, juntamente com a fatura dos atendimentos com códigos e valores discriminados, relatório detalhado do atendimento e Nota Fiscal para o link: <https://sistemas.usb.org.br/ama> (para prestadores) ou E-mail: assistenciamedica@clinicaadventista.org.br (não credenciados) com os seguintes dados:

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Contato: (41) 3240-2919 ou (41) 99895-0157
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

Paes Leme, 1351,
Londrina - PR
CEP 86010-610
Fone: (43)3315 -2000

2 - Nº Guia no prestador
00000000000000000000

Atend. 00000000-00

Dados do Beneficiário

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização 30/11/2023	5 - Senha	6 - Data de validade da Senha 15/12/2023	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 00000000000000000000
8 - Número da Carteira 4287371	9 - Validade da carteira	89 - Nome Social	12 - Atendimento a RU N		

10 - Nome
JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

Dados do Solicitante

13 - Código na Operadora 04.762.301/0001-03	14 - Nome do Contratado HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA
--	---

15 - Nome do Profissional Solicitante PAULO EMILIO PRESCENDO	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho 43606	18 - UF PR	19 - Código CBO S 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante
---	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-----------------------------	---

Dados da Solicitação / Procedimentos ou Itens Assistenciais Solicitados

21 - Caráter do atendimento 11	22 - Data da Solicitação 30/11/2023	23 - Indicação Clínica PO OSTEOSSINTESE DE ANTEBRAÇO DIREITO	90 - Indicador de Cobertura Especial
-----------------------------------	--	---	--------------------------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item assistencial 10101039	26 - Descrição CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	27 - Qtd. Solic. 1	28 - Qtd. Aut. 1
---	--	-----------------------	---------------------

Dados do Contratado Executante

29 - Código na Operadora	30 - Nome do Contratado PAULO EMILIO PRESCENDO	31 - Código CRES
--------------------------	---	------------------

Dados do Atendimento

32 - Tipo de Atendimento 111	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 91	34 - Tipo de Consulta 11	35 - Motivo do Encerramento do Atendimento 121	91 - Regime de atendimento	92 - Saúde Ocupacional
---------------------------------	---	-----------------------------	---	----------------------------	------------------------

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data 30/11/2023	37 - Hora inicial 22	38 - Hora final 10101039	39 - Tabela CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	40 - Código do Procedimento 1	41 - Descrição 1	42 - Qtd. 1	43 - Via 1	44 - Tec. 1	45 - Fator Red/Acrésc 1	46 - Valor unitário (R\$) 0,00	47 - Valor Total (R\$) 0,00
-------------------------	-------------------------	-----------------------------	---	----------------------------------	---------------------	----------------	---------------	----------------	----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq Ref 49 - Grau Part. 50 - Código da Operadora/CPF 51 - Nome do Profissional	52 - Conselho Profissional	53 - Número do Conselho	54 - UF	55 - Código CBO
--	----------------------------	-------------------------	---------	-----------------

56 - Data de Realização de Procedimento em Série

1. ____/____/____	2. ____/____/____	3. ____/____/____	4. ____/____/____	5. ____/____/____	6. ____/____/____	7. ____/____/____	8. ____/____/____	9. ____/____/____	10. ____/____/____
-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	--------------------

58 - Observação / Justificativa

59 - Total do Procedimento (R\$) 0,00	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0,00	61 - Total de Materiais (R\$) 0,00	62 - Total de OPMs (R\$) 0,00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0,00	64 - Total de Gases Medicinais (R\$) 0,00	65 - Total Geral (R\$) 0,00
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização						
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável						
68 - Assinatura do Contratado						



Data/Hora Impressão: 30/11/2023 09:24:10

Hospital do Coração
Londrina

Paciente 0266298 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES Data/Hora 30/11/2023 09:22:13
Convênio INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo MASCULINO Data nascimento 02/02/2010 Cor Idade 13
Estado Civil SOLTEIRO(A) Profissão ESTUDANTE
Naturalidade LONDRINA Documento 148393087 C.P.F. 12522657941
Filiação ESTEVAN DE MORAES e ANA KATYA DE OLIVEIRA
Endereço ELPIDIO FABIANI Bairro VILA ROMANA
Cidade LONDRINA - PR CEP 86000-000 Fone (43)3336-8189
Médico plantonista 43606 PAULO EMILIO PRESCENDO CPF 06084730906
Especialidade ORTOPEDIA TRAUMATOLOGICA
C.I.D.
Procedimento Sis
Localização / Setor PRONTO ATENDIMENTO ORTOPEDIA Cod. Convenio 4287371
Usuário GUILHERMEPEREIRA/

Responsável MARIA DARCI DE SOUZA OLIVEIRA Data nascimento: 02/02/2010
Documento 148393087 C.P.F. Vínculo com o paciente AVO
Endereço ELPIDIO FABIANI
Cidade LONDRINA - PR CEP 86000-000 Fone (43)3336-8189

Condições de alta: ☐ Curado/Melhorado ☐ Óbito ☐ Inalterado ☐ Outro hospital
☐ A pedido ☐ Outras condições Data/Hora: _____

Observações:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E RECONHECIMENTO

Para os efeitos do atendimento ambulatorial a que se refere este Boletim, o declarante entende e concorda que as prescrições e atos médicos dispensados em seu tratamento de saúde e/ou paciente supra referido, são de exclusiva competência e responsabilidade do(s) médico(s) assistente(s) e de ser o Hospital do Coração de Londrina, mero prestador de serviços de Hotelaria e de Enfermagem, fornecendo materiais, equipamentos cirúrgicos, medicamentos e serviços auxiliares de Diagnóstico e Terapia.

DECLARA, ainda, que é beneficiário do plano de saúde INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE, cuja cobertura inclui o atendimento hospitalar ora ajustado, ficando certo, entretanto, que toda e qualquer despesa hospitalar não incluída ou rejeitada pelo referido plano de saúde constituirá encargo do(a) declarante, o(a) qual se comprometa a pagar o valor correspondente, tão logo seja solicitado pelo setor competente.

O Hospital não se responsabiliza por qualquer objeto de valor ou importâncias em moeda corrente de propriedade do paciente, de acompanhantes ou de terceiros.

DECLARA, finalmente, concordar que toda e qualquer divergência que houver será dirimida no foro da Comarca de Londrina.

LONDRINA, 30 de Novembro de 2023

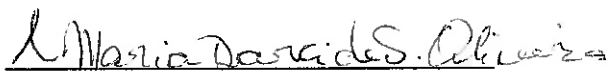
MARIA DARCI DE SOUZA OLIVEIRA

1. O presente termo consiste na contratação de serviços médicos e hospitalares pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL**, de acordo com determinação do **MÉDICO ASSISTENTE** responsável por sua admissão no **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA**, com sede na Rua RUA PAES LEME, 1351 VILA IPIRANGA, LONDRINA/PR, inscrito no CNPJ sob 04.762.301/0001-03, registrado no CNES nº 2758083.
2. O **MÉDICO RESPONSÁVEL**, e seus assistentes, são de livre escolha do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**; quando solicitado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA** indicará um médico do seu Corpo Clínico.
3. Em sendo o **PACIENTE** menor ou incapaz, o presente instrumento será firmado por seu **RESPONSÁVEL LEGAL** identificado no preâmbulo.
4. O **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** fica desde já autorizado pelo **PACIENTE/RESPONSÁVEL** a executar, por si ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos, cirúrgicos e /ou laboratoriais indicados pelo **MÉDICO** E SEUS ASSISTENTES ou pelos demais profissionais que venham a participar do atendimento, e que se façam necessários e responsáveis à salvaguarda da vida do paciente, objetivando o seu restabelecimento.
5. O **PACIENTE**, estando incapacitado para consentir ou tomar decisões sobre sua saúde, desde já nome o **RESPONSÁVEL** que será seu representante legal em tais situações, podendo fazê-lo em nome do **PACIENTE**.
6. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** assume total responsabilidade sobre a veracidade dos dados acima fornecidos e declara estar ciente de que o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** poderá adotar as medidas cabíveis para a execução do serviço contratado.
7. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza neste ato a divulgação de informações médicas para todos os profissionais envolvidos no seu tratamento, respeitados os preceitos de sigilo médico constante no Código de Ética Médica.
8. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** autoriza o **HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA** nos termos acima mencionados, a divulgar informações para fins de auditoria interna do Hospital, auditorias legais previstos na legislação em vigor ou auditoria de contas pela **OPERADORA**.
9. Para realização de protocolo de pesquisa científica, as informações somente poderão ser utilizadas para pesquisas aprovadas pela Comissão de Ética em Pesquisa do **HOSPITAL** e mediante assinatura do respectivo termo de "Consentimento Informado" por parte do **PACIENTE/RESPONSÁVEL**.
10. Cabe ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL** zelar pelas instalações do **HOSPITAL**, responsabilizando-se por eventuais danos e prejuízos que venham a ser causados ao patrimônio deste. mento por parte de seus acompanhantes estará condicionado a disponibilidade de leitos, bem como ao pagamento de taxa de ocupação de acordo com a Tabela de Preços do Hospital, mesmo para pacientes de categoria convênio.
12. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** e **RESPONSÁVEL/PAGADOR** declara, neste ato, ter pleno conhecimento da tabela de valores pelo **HOSPITAL** que está à disposição para **consulta** na Tesouraria do **HOSPITAL**, bem como ter conhecimento de que a referida tabela de valores poderá ser alterada pelo **HOSPITAL** sem aviso prévio.
13. Fica o **HOSPITAL** autorizado a emitir faturas, boletos bancários e duplicata de prestação de serviços para fins de cobrança.
14. O **PACIENTE/RESPONSÁVEL** obriga-se a efetuar depósito inicial por conta do preço a ser pago, em dinheiro, de acordo com o valor prévio solicitado pelo **HOSPITAL** e que deverá ser complementado a cada 48 horas e/ou na alta médica.

15. **O Paciente internado por intermédio de Operadora de plano ou seguro saúde (Convênio)** deverá observar o disposto no contrato firmado com sua Operadora referente às coberturas do seu plano ou seguro saúde. O Hospital irá atender de acordo com a cobertura informada pela Operadora, sendo que o **PACIENTE E O RESPONSÁVEL PAGADOR** ficam **cientes de que nos casos de não cobertura pelo plano ou seguro saúde, seja total ou parcial, o valor não coberto será revertido para o paciente de acordo com a Tabela do HOSPITAL, assumindo estes a obrigação de quitar os valores na condição de principal pagador e devedor solidário.**
16. Alguns serviços prestados pelo **HOSPITAL**, de acordo com a solicitação médica, tais como sessões de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, odontologia, e outros, poderão ter cobertura limitada ou não ter cobertura pela OPERADORA, e por isso serão faturadas diretamente ao **PACIENTE/RESPONSÁVEL**, de acordo com a tabela vigente do Hospital do Coração de Londrina.
17. No caso de inadimplemento do pagamento das faturas, o valor devido será acrescido de multa de 2%, sobre o valor total da fatura, juros de 1% ao mês e correção pelo Índice Geral de Preços da Fundação Getúlio Vargas (IGPM-FGV) até a data do efetivo pagamento.
18. **O PACIENTE/RESPONSÁVEL** declara que foi informado que o **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA**, médicos, enfermeiros ou outros colaboradores nunca solicitam depósito bancário por telefone, sms, whatsapp ou e-mail para liberação de convênio, realização de exames ou de qualquer espécie de procedimento, tendo sido informado também que todas as solicitações financeiras do **HOSPITAL DO CORAÇÃO DE LONDRINA** são feitas pessoal e diretamente aos pacientes ou aos seus familiares pelo departamento financeiro.
19. O **HOSPITAL**, informa não possuir convênio com o Serviço Único de Saúde - SUS, sendo que o **PACIENTE** ou **RESPONSÁVEIS** que não queiram ou não possam assumir o pagamento das despesas hospitalares, desde já autorizam a transferência do **PACIENTE** para outra instituição hospitalar indicada por seu plano ou seguro saúde, ou hospital público indicado por seu médico assistente, desde que o **PACIENTE** esteja em condições médicas para transferência.
20. As partes elegem o Foro da Cidade de Londrina, Estado do Paraná, para dirimir eventuais dúvidas e conflitos decorrentes desta prestação de serviços.
21. Declara o **PACIENTE/RESPONSÁVEL** ter recebido neste ato o folheto de Informações e Recomendações.
22. **PACIENTE** e **RESPONSÁVEIS** declaram ter lido atentamente os termos do presente contrato, sendo esclarecidos de todas as dúvidas relacionadas, que estão de acordo com o seu conteúdo e que receberam cópia dos mesmos.

LONDRINA, 30 de Novembro de 2023

Paciente


Responsável Legal

Responsável Pagador

1ª Testemunha : _____

2ª Testemunha : _____



Data/Hora Impressão: 30/11/2023 09:24:08

Hospital do Coração
Londrina

Setor - PRONTO ATENDIMENTO ORTOPEDIA

Paciente.....: 0266298 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES
Convênio.....: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE
Sexo.....: MASCULINO Data nascimento.: 02/02/2010
Estado Civil.: SOLTEIRO(A) Escolaridade.: ENSINO
Profissão.....: ESTUDANTE Ocupação anterior:
Naturalidade: LONDRINA R.G. 148393087 C.P.F.: 12522657941
Filiação.....: ESTEVAN DE MORAES e ANA KATYA DE OLIVEIRA
Endereço.....: ELPIDIO FABIANI 117 Bairro: VILA ROMANA Cel.: (43)99134-3803
Cidade.....: LONDRINA - PR CEP: 86000-000 Fone: (43)3336-8189
Médico plantonista : 43606 PAULO EMILIO PRESCENDO C.P.F.: 06084730906
Especialidade: ORTOPEDIA TRAUMATOLOGICA Ci. Atend.: Usuário GUILHERMEPEREIRA

OBSERVAÇÕES:

ANAMNESE E HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

EXAMES

- ☐ Laboratório _____
☐ Raio-x _____
☐ Tomografia _____
☐ Eletrocardiograma _____
☐ Outros _____

O(A) paciente autoriza a prestação de serviços hospitalares pelo Hospital do Coração de Londrina bem como de serviços correlatos, de apoio e diagnóstico terapêutico, a serem respectivamente prestados por outras entidades referenciadas (Corpo Clínico, Laboratório, Fisioterapia, Anestesia, Banco de Sangue, eventuais serviços de equipe especializada e materiais subsidiários, inclusive por aquisição externa), que sejam indicados pelo médico responsável ou por outro(s) profissional(is) da equipe médica referenciada, que venha(m) a participar do atendimento e que se façam necessários e indispensáveis ao tratamento do paciente, até sua saída. Estando o paciente incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, tem como representante legal:

Nome: MARIA DARCI DE SOUZA OLIVEIRA
Endereço: ELPIDIO FABIANI n° do RG: 148393087
Telefone: (43) 3336-8189

DESTINO DO PACIENTE

- ☐ Alta ☐ Internamento - Número registro: _____
☐ Observação e alta - Entrada: ____:____ Saída: ____:____
☐ Outros: _____

Assinatura do paciente / responsável

Assinatura e carimbo do médico

Relatório de Enfermagem

Prescrição: 10513012

Data.....: 30/11/2023 09:22

Paciente...: 0266298 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

Cód.Conve.: 4287371

Enfermagem: GABRIEL FORTES DA ROCHA COREN: 664417

Cid : 0909300-23

Atendimento: 0909300-23

Idade: 13

Setor: PRONTO ATENDIMENTO ORTOPEDIA /

Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU

Dt. nasc: 02/02/2010

Atendido: 30/11/2023 09:22:13

JE COM PROCURA ESPONTANEA ACOMPANHADO PELA MÃE PARA AVALIAÇÃO ORTOPEDICA

A PARA REAVALIAÇÃO DE POS OP DE OSTEOSINTESE DE ANTEBRAÇO

ENTE, ORIENTADO, COMUNICATIVO, DEAMBULANDO SEM AUXILIO

CMORBIIDADE

IERGIA

ONTATO COM COVID

INTOMAS RESPIRATORIO

REMAIS QUEIXAS

JA CONDUZTA MEDICA, SEGUJE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

FORTES DA ROCHA, COREN: 664417

GABRIEL FORTES DA ROCHA

Enfermeiro

COREN/PA 664417

Período: Manhã	Período: Tarde	Período: Noite
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo



HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA

30/11/2023 10:07:31 Página: 1

Prescrição: 10513030 Cid : S62.0 Atendimento: 0909300-23 Setor: PRONTO ATENDIMENTO ORTOPEDIA /
Data.....: 30/11/2023 10:04 Paciente...: 0266298 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Cód. Conve.: 4287371 Sexo: Masculino Idade: 13 Dt. nasc: 02/02/2010
Médico: PAULO EMILIO PRESCENDO CRM: 43606 Atendido: 30/11/2023 09:22:13

Procedimentos executados:

10101039 CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

1

Exames/procedimentos solicitados:

40803104 RX ANTEBRACO

1

D AP/P

Evolução:

PACIENTE RETORNA PARA REAVALIAÇÃO DEVIDO A OSTEOSSÍNTHESE DE ANTEBRACO.
BOA EVOLUÇÃO, SEM QUEIXAS
FO CICATRIZADA, NEUROVASCULAR PRESERVADO

PAULO EMILIO PRESCENDO CRM: 43606

Paulo Emilio Prescendo
CRM-PR 43606 / RQE 33350

EXAME
() RX TORAX
() RX TORAX PA/LAT
DATA: 30/11/23
REC. 18/11/20



HOSPITAL DO CORACAO DE LONDRINA LTDA

Prescrição: 10513130

Data.....: 30/11/2023 11:01

Cid : S62.0

Atendimento: 0909300-23

Sector: PRONTO ATENDIMENTO ORTOPEDIA /

Paciente...: 0266298 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

Cód.Conve.: 4287371

Sexo: Masculino

Idade: 13

Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU

Dt. nasc: 02/02/2010

Médico: PAULO EMILIO PRESCENDO CRM: 43606

Atendido: 30/11/2023 09:22:13

Evolução:

RADIOGRAFIA - FRATURA CONSOLIDADA

LIBERO RETORNO GRADUAL A PRATICA DE ESPORTES

REALIZO ORIENTAÇÕES E MEDIDAS PARA EVITAR NOVAS FRATURAS

LIBERO DE ALTA

PAULO EMILIO PRESCENDO CRM: 43606

Paulo Emilio Prescendo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 43606 / RQE 32350



04.702.001/0001-00
RUA PAES LEME, 1351
(43)3315-2000

RECEITUÁRIO MÉDICO

JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES

AO PSORT:

FAVOR RECEBER O PACIENTE NO DIA 30/11/23 AS 10 HORAS.

LONDRINA, 16 de Novembro de 2023

Paulo Emilio Prescendo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 43606 / RQE 32350

Assinatura / Carimbo do médico

PAULO EMILIO PRESCENDO CRM: 43606

Prescrição: 10513290 Relatório de Enfermagem
Data.....: 30/11/2023 11:05 Cid : S62.0 Atendimento: 0909300-23 Setor: PRONTO ATENDIMENTO ORTOPEDIA /
Paciente...: 0266298 JOAO PEDRO DE OLIVEIRA MORAES Sexo: Masculino Idade: 13 Convênio: INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAU
Cód.Conve.: 4287371 Enfermagem: GABRIEL FORTES DA ROCHA COREN: 664417 Dt. nasc: 02/02/2010 Atendido: 30/11/2023 09:22:13

O:
NTE AVALIADA
ZADO RX DE CONTROLE
3 ALTA COM ORIENTAÇÕES MEDICA
.....

FORTES DA ROCHA COREN: 664417

Gabriel Fortes da Rocha
Enfermeiro
COREN/PA 664417

Período: Manhã	Período: Tarde	Período: Noite
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo